

ДЕРМОФАСЦИЭКТОМИЯ В ЛЕЧЕНИИ РЕЦИДИВОВ СГИБАТЕЛЬНЫХ КОНТРАКТУР ПАЛЬЦЕВ КИСТИ ПРИ БОЛЕЗНИ ДЮПЮИТРЕНА

Дейкало В.П., Толстик А.Н.

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»*

Введение. Успех в лечении сгибательных контрактур пальцев кисти при болезни Дюпюитрена определяется решением ряда проблем: этиологии и патогенеза заболевания, строения ладонно-пальцевой фасции, выбора рациональной методики и времени проведения хирургического лечения. Особой сложностью отличается реабилитация пациентов с рецидивами сгибательных контрактур пальцев. При выполнении оперативного вмешательства по поводу рецидивных контрактур, одним из факторов, лимитирующих как само вмешательство, так и послеоперационную реабилитацию, является наличие тесно связанной с тяжами фасции измененной кожи. После иссечения измененной ладонно-пальцевой фасции, закрытие послеоперационной раны сопровождается «возвращением» пальца в положение деформации в связи с сохранением дерматогенной контрактуры. Шинирование же пальцев в положении коррекции зачастую приводит к некрозу краев раны. Это исключает раннее начало мобилизации пальцев и сводит на нет все усилия, направленные на устранение деформации.

Учитывая это, а так же то, что кожа области является потенциальным источником рецидива заболевания [1,2] нами разработан и используется один из подходов к реабилитации данного контингента больных, заключающийся в выполнении оперативных вмешательств с использованием принципов свободной кожной пластики.

Материал и методы. На базе клиники травматологии, ортопедии и ВПХ ВГМУ в период с 2001 по 2005 годы по поводу сгибательных контрактур пальцев кисти, вызванных болезнью Дюпюитрена, было прооперировано 72 пациента. Из них, по поводу рецидива заболевания прооперировано 12 пациентов.

Рецидивом заболевания считали появление сгибательных контрактур пальцев в зоне проведенного оперативного вмешательства.

Результаты и обсуждение. В случае планирования оперативного вмешательства у пациентов с рецидивом сгибательных контрактур пальцев, когда имеют место рубцовые и трофические изменения кожи вследствие предыдущих вмешательств, предполагается неизбежный дефицит кожи в процессе закрытия ран, целесообразно проведение вмешательства на апоневрозе с иссечением подлежащей кожи в виде единого блока с последующим замещением дефекта полнослойным кожным трансплантатом.

Из 12 пациентов, оперированных по поводу рецидива сгибательных контрактур пальцев кисти, 10 были подвергнуты дермофасциэктомии. Из них 8 человек подвергались оперативному вмешательству повторно, а двое – в третий и четвертый раз, соответственно. У двух пациентов, подвергнутых частичной резекции апоневроза кисти без иссечения измененной кожи в соответствии с классической методикой вмешательства, было отмечено развитие рецидивов сгибательных контрактур. Послеоперационный период характеризовался краевым некрозом кожи и длительным заживлением операционной раны. Дефицит кожи замедлил начало мобилизации пальцев, что способствовало развитию их ригидности. По сути, палец приобретал аналогичную дооперационной контрактуру вследствие дерматогенного и артрогенного компонентов.

Техника операции дермофасциэктомии.

Положение больного на спине с отведенной на приставной столик конечностью. Обезболивание достигалось с использованием проводниковой анестезии. Кисть обрабатывалась в соответствии со стандартной методикой обработки операционного поля. Проведение оперативного вмешательства под жгутом облегчало выявление сосудисто-нервных образований, что предупреждало их повреждение и позволяло точно дифференцировать границы измененной фасции, ее взаимоотношения с подлежащими анатомическими образованиями. Во время осуществления доступа подвергали коагуляции выявляемые сосуды, что в дальнейшем облегчало выполнение гемостаза после снятия жгута. Иссечение кожи с подлежащей жировой клетчаткой и поверхностно-расположенными структурами измененной фасции, связанными с кожей, производили от уровня дистальной ладонной складки до уровня складки проксимального либо дистального межфалангового сустава, в зависимости от степени распространения патологического процесса. После рассечения кожи по ладонной складке, разрезы продолжали дистально по направлению к середине боковых поверх-

ностей пальца. Иссекаемый блок частично включал неизмененную кожу. По достижению складки проксимального либо дистального межфалангового суставов, разрезы боковых поверхностей соединялись разрезом по ладонной поверхности пальца. В проксимальной части раны выявляли сосудисто-нервные образования, которым неукоснительно следовали в процессе иссечения кожно-фасциального блока. После иссечения кожно-фасциального лоскута значительно расширялся обзор и возможность дифференцировки структур измененной фасции, что облегчало их иссечение. Образующийся дефект закрывался полнослойным кожным трансплантатом. Источником полнослойного кожного лоскута служила передняя поверхность верхней трети предплечья. Для покрытия дефекта после дермофасциэктомии пятого луча, как правило, размеры трансплантата составляли 5-6 см в длину, 3-4 см по ширине в проксимальной части и 1,5-2 см по ширине в дистальной части. Трансплантат выкраивался в виде эллипса. Материнское ложе ушивалось наглухо после достижения гемостаза. С трансплантата удаляли подкожно-жировую клетчатку, после чего вшивали в дефект зоны дермофасциэктомии. После вшивания на трансплантат помещали марлевый валик, над которым завязывали фиксирующие трансплантат нити.

В послеоперационном периоде кисти придавали возвышенное положение. Перевязку выполняли на 12-14 сутки после операции. В случае подтверждения жизнеспособности и фиксации трансплантата, назначалась легкая активная мобилизация пальца. Из 10 пациентов, подвергнутых дермофасциэктомии, предпринятой в связи с развитием рецидивов, лишь у одного был отмечен краевой некроз трансплантата по локтевой его границе, что незначительно замедлило их последующую реабилитацию. У двух пациентов было отмечено формирование тяжелой по локтевой границе ПФС, не приведших к формированию сгибательной контрактуры ПФС и ПМФС мизинца.

Выводы. При рецидивах контрактур, считаем необходимым, выполнять иссечение рубцовой ткани в совокупности с измененной кожей – дермофасциэктомиию. Такой подход позволит обеспечить адекватный доступ к подлежащим структурам, снизить травматичность и время вмешательства, значительно уменьшить частоту послеоперационных осложнений, создать предпосылку для своевременного и адекватного проведения послеоперационной реабилитации.

Литература:

1. Calandruccio J. H. Dupuytren Contracture // Campbell's Operative Orthopaedics. Ninth edition by S. Terry Canale. - Vol. 4. - Part XV. - 1999. - Chap. 76.
2. Hurst L.C. Dupuytren's Disease // Hand Surgery Update 1996. - Chapter 26. - P. 271-279.